TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Léon THEVENOT

Ancien Chef de Clinique chirurgicale
Assistant de la Clinique de M. le Professeur A. Poncet



LYON
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie
14, rue Bellecordière, 14
1907




I. — TITRES SCIENTIFIQUES

PROSECTEUR A LA FACULTÉ (1895-1899)
(Concours de 1895)

SUPPLÉANCE DU CHEF DES TRAVAUX
DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (1897-1898)

MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE (1900)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(Concours de 1900)

CHARGÉ DES FONCTIONS DE CHEF DE CLINIQUE
(1er Janvier 1905 — 1er Novembre 1906)

ADMISSIBLE AU CONCOURS D'AGRÉGATION DE 1901

II. — TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HOPITAUX
(Concours de 1893)

INTERNE DES HOPITAUX
(Concours de 1894)

III. — ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCE D'ANATOMIE EN QUALITÉ DE PROSECTEUR
(1896-1899)

CONFÉRENCES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE ET
DE PETITE CHIRURGIE (1896-1899)

CONFÉRENCES DANS LE SERVICE DE M. PONCET EN QUALITÉ
DE CHEF DE CLINIQUE OU D'ASSISTANT
DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE (1899-1906)

IV. — TITRES HONORIFIQUES

MEMBRE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ANATOMIE

1. Recherches sur l'hiatus de Farabeuf, *in* Testut. *Anatomie descriptive*, 4e édition.
2. Les ganglions géniens, in *Revue Générale. Gaz. des Hôp.*, 21 avril 1900.
3. Synoviales et gaines tendineuses du pied, *in* Th. de Gonot, Lyon 1901-1902.

CHIRURGIE

4. A propos des derniers travaux sur l'éthérisation et la chloroformisation. *Lyon Médical*, 30 mai 1903.
5. Technique de l'anesthésie générale (chloroforme et éther). *Lyon Médical*, 1903.
6. De l'actinomycose humaine en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années (M. Poncet et Thevenot). *Communication à l'Académie de Médecine*, 9 juin 1903.
7. Actinomycose dans le Dauphiné. *Association Française pour l'avancement des Sciences*, session de 1904.
8. Trismus ou constriction actinomycosique des mâchoires. *Gaz. des Hôp.*, 1er mars 1904.
9. Actinomycose cervico-faciale. *Soc. de Méd.*, 24 juin 1901.
10. Actinomycose primitive de la peau de la face. *Soc. de Méd.*, 22 juillet 1901.
11. Note sur deux cas d'actinomycose cervico-faciale. *Arch. prov. de Chir.*, janvier 1902.
12. Actinomycose cervico-faciale. *Soc. des Sc. Méd.*, 9 avril 1902.
13. Actinomycose cervico-faciale. *Soc. des Sc. Méd.*, 16 avril 1902,
14. Deux actinomycoses cervico-faciales. *Gaz. des Hôp.*, 1er juillet 1902.
15 et 16. Actinomycose de l'oreille. *Soc. de Méd.*, 4 mai et 25 mai 1903.
17. Actinomycose de la face. *Soc. de Méd.*, 15 juin 1903.
18. Actinomycose cervico-faciale de forme courante. *Gaz. des Hôp.* 2 juillet 1903.

19. Actinomycose de la région angulo-maxillaire. *Soc. de Méd.*, 0 juillet 1903.
20. Actinomycose de l'amygdale. Phlegmon cervical consécutif. *Soc. de Méd.*, 30 mai 1904.
21. L'actinomycose de l'amygdale. *Gaz. des Hôp.*, 27 septembre 1904.
22. Actinomycose de l'oreille (en collaboration avec le Dr Rivière)., *Rev. de Chir.*, 10 janvier 1904,
23. Actinomycose cervico-faciale. Nouvelles observations. *Arch. prov. de Chir.*, février 1904.
24. Actinomycose du sterno-mastoïdien. *Soc. de Méd.*, 19 novembre 1902.
25. Actinomycome suppuré du sterno-cléido-mastoïdien gauche (syphilis et actinomycose). *Arch. prov. de Chir.*, août 1903.
26. De l'actinomycose du cœur et du péricarde. *Bull. Méd.*, 30 mai 1903.
27. L'actinomycose du poumon et ses manifestations primordiales. *Arch. Gén. de Méd.*, 1903.
28. A propos de l'actinomycose du foie (En collaboration avec le Dr Bérard). *Rev. de Chir.*, septembre 1903.
29. Actinomycose appendiculaire. Actinomycome isolé de la paroi abdominale. *Gaz. des Hôp.*, 12 août 1902.
30. Appendicite actinomycosique. *Gaz. des Hôp.*, 18 novembre 1902.
31. De l'actinomycose ano.-rectale. *Rev. de Chir.*, août 1902.
32. Actinomycose fessière d'origine rectale. *Soc. de Méd.*, 12 janvier 1903.
33. Actinomycose fessière d'origine rectale. *Gaz. des Hôp.*, 19 mars 1903.
34. Panaris actinomycosique. *Soc. de Méd.*, 24 février 1902.
35. Panaris actinomycosique de l'annulaire droit. *Presse Médicale*, 16 septembre 1903.
36. Actinomycose et grossesse. *Gaz. des Hôp.*, 31 mai 1906.
37. Actinomycose et grossesse. *Rev. de Chir.*, septembre 1906.
38. Actinomycose et tuberculose. Réaction des actinomycosiques aux procédés de laboratoire employés pour le diagnostic de la tuberculose. Congrès français de Chirurgie 1906.
39. Note sur les produits solubles de l'actinomycose. *Soc. de Biologie*, avril 1907 (En collaboration avec le Dr Lacomme).
40. Le rhumatisme tuberculeux. *Gaz. Méd. de Paris*, 12 décembre 1903.
41. Rhumatisme tuberculeux. *Soc. des Sc. Méd.*, 20 mai 1902.
42. Rhumatisme tuberculeux. *Soc. de Méd.*, 25 mai 1903.
43. Rhumatisme tuberculeux. *Soc. de Méd.*, 1er février 1904.
44. Rhumatisme tuberculeux familial. *Med. Mod.*, 30 avril 1902.
45. Rhumatisme tuberculeux articulaire. *Bull. Méd.*, 10 mars 1904.
46. Rhumatisme tuberculeux articulaire. *Bull. Méd.*, 8 août 1903.
47. Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse. *Méd. Mod.*, 19 août 1903.
48. Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse. *Soc. de Méd.*, 1er février 1904.
49. Trois observations de spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse. *Méd. Mod.*, 1904.
50. Rhumatisme tuberculeux ankylosant à forme spondylo-rhizomélique. *Rev. d'Orthopédie*, janvier 1906.
51. Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse. *Soc. de Méd.*, 30 novembre 1903.

52. Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse. *Soc. de Méd.*, 11 janvier 1904.
53. Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse. *Méd. Mod.*, 24 février 1904.
54. Morbus coxæ senilis d'origine tuberculeuse. *Gaz. des Hôp.*, 24 novembre 1903.
55. Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse. *Ann. Médico-Chirurgicales du Centre*, 3 janvier 1904.
56. Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse. *Bull. Médical*, 2 mars 1904.
57. Tarsalgie des adolescents de nature tuberculeuse. *Rev. d'Orthopédie.* 1er mars 1905.
58. Tarsalgie des adultes d'origine tuberculeuse (En collaboration avec M. GAUTHIER). *Rev. d'Orthopédie*, 1er juillet 1905.
59. Tarsalgie de l'adolescence d'origine tuberculeuse. *Rev. d'Orthopédie*, 1er septembre 1906.
60. Double pied plat valgus douloureux invétéré d'origine tuberculeuse. *Soc. de Méd.*, 4 décembre 1905.
61. Tuberculose inflammatoire du cœur et du péricarde. *Gaz. des Hôp.*, 20 avril 1905.
62. L'attraction et la fixation des organes malades à l'extérieur. *Lyon Méd.*, 29 août 1897.
63. La suppuration artificielle, d'après la méthode de Fochier, dans la pyohémie et autres maladies aiguës. *Lyon. Méd.*, 16 avril 1899.
64. De l'influence du bout portant sur la force de pénétration des projectiles (En collaboration avec le Dr ROUVILLOIS). *Gaz. des Hôp.* 12 décembre 1905.
65. Des endothéliomes des os. *Rev. de Chir.*, juin 1900.
66. Le plombage des os d'après la méthode de Mosetig Moorhof (en collaboration avec le Dr BÉRARD). *Revue d'Orthopédie*, juillet 1904.
67. Les adénites géniennes. *Gaz. des Hôp.*, 21 avril 1900.
68. Sur les adénites géniennes, *Lyon Médical*, 17 juin 1900.
69. Gros kyste hydatique suppuré du cou. *Gaz. des Hôp.*, 29 octobre, 1901.
70. Des kystes hydatiques du cou. *Gaz. des Hôp.*, 22 mars 1902.
71. Thyroïtoxhémie ou thyroïdisme aigu post-opératoire. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 11 août 1901.
72. De la dysphagie après les opérations pour goître. *Bull. Méd.*, 11 septembre 1901.
73. Note sur l'étiologie du goître (En collaboration avec le Dr BÉRARD). *Soc. de Biologie*, 12 janvier 1907.
74. 4 cas de goître chez le nouveau-né (En collaboration avec le Professeur FABRE). *Soc. de Chir.*, 21 mars 1907.
75. La congestion de la glande thyroïde chez le nouveau-né (En collaboration avec le Professeur FABRE). *Ann. des Maladies de l'Enfance* (paraîtra le 1er mai).
76. Goître parenchymateux (adénome fœtal diffus) chez le nouveau-né (En collaboration avec le Professeur FABRE). *Ann. des Maladies de l'Enfance* (en cours de publication).
77. Le goître chez le nouveau-né. *Gaz. des Hôp.* (en cours de publication).

78. Galactophorite double, traitée par l'expression. *Soc. des Sc. Méd.*, 8 février 1899.
79. Du traitement de la galactophorite suppurée par l'expression du sein (En collaboration avec le Dr Commandeur). *Lyon Méd.*, 28 mai 1899.
80. Cancer du sein chez l'homme. *Soc. des Sc. Méd.*, 25 novembre 1903.
81. Enorme kyste dermoïde sous-cutané n'ayant apparu qu'à l'âge de 68 ans, et siégeant au-dessus de l'omoplate gauche. *Gaz. des Hôp.*, 5 juin 1902.
82. Tumeur de l'œsophage ayant envahi la trachée et le corps thyroïde. *Soc. des Sc. Méd.*, 5 juillet 1899.
83. De quelques accidents pulmonaires après la pylorectomie (En collaboration avec le Dr Bérard. *Province Médicale*, 20 octobre 1906.
84. Appendicite aiguë. *Soc. des Sc. Méd.*, 24 mai 1899.
85. Appendicite post-puerpérale à streptocoques. (En collaboration avec le Dr Vignard). *Gaz. des Hôp.*, 7 février 1901.
86. Traitement de l'appendicite aiguë par l'appendicectomie pratiquée dans les 24 premières heures (En collaboration avec le Dr Durand). *Lyon Med.*, 21 janvier 1906.
87. L'appendicectomie sous-séreuse. *Rev. de Chir.*, février 1907.
88. Des déchirures spontanées du mésentère au cours des hernies étranglées (En collaboration avec le Dr Patel). *Arch. prov. de Chir.*, juin 1904.
89. Les hernies spontanées du repli semi-lunaire de Spiegel. (En collaboration avec M. Gabourd). *Rev. de Chir.*, avril 1907.
90. Contusion de l'abdomen ; perforation de l'intestin ; entérectomie au 4e jour. Guérison. *Soc. des Sc. Méd.*, 19 décembre 1906.
91. Volvulus de l'S iliaque chez un vieillard. (En collaboration avec le Dr Delore). *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 24 décembre 1899.
92. Vaste hématome rétro-péritonéal consécutif à une rupture du foie. *Gaz. hebd. de Med. et de Chir.*, 23 février 1902.
93. Kyste hydatique du foie chez un enfant. (En collaboration avec le Dr Vignard). *Soc. de Chir.*. 20 décembre 1908.
94. Des kystes hydatiques du foie chez l'enfant. (En collaboration avec M. Barlatier). *Gaz. des Hôp.*, 2 avril 1907.
95. Résultat éloigné de laparotomie pratiquée, il y a 11 ans et demi, pour péritonite tuberculeuse. *Soc. des Sc. Méd.*, 28 janvier 1903.
96. Plaie de l'artère et de la veine rénale par balle de revolver. *Soc. des Sc. Méd.*, 28 décembre 1906.
97. Plaies et ruptures du pédicule vasculaire du rein. *Gaz. des Hôp.*, 17 janvier 1907.
98. Epididymo-orchite tuberculeuse. *Soc. des Sc. Méd.*, 23 juin 1897.
99. Orchi-épididymite tuberculeuse avec granulie du testicule. *Soc. de Méd.*, 21 avril 1902.
100. Ponctions de la vessie chez un prostatique. Phlegmon prévésical. Mort. *Soc. des Sc. Méd.*, 5 juillet 1899.
101. Nouvelle observation de cystostomie sus-pubienne pour accidents d'origine prostatique. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 12 novembre 1899.
102. Prostatectomie par voie transvésicale (En collaboration avec le Dr Delore). *Soc. des Sc. Méd.*. 21 février 1905.

103. Un cas intéressant de cancer prostatique (forme abcédée, prostatectomie. Autopsie au bout d'un an). (En collaboration avec le Dr ROCHET). *Arch. des Mal. des Organes génito-urinaires*, 15 février 1907.
104. Enorme épithélioma sébacé du pénis. *Soc. des Sc. Méd.*, 15 juin 1904.
105. De la cystopexie. *Semaine gynécologique*, 14 juin 1898.
106. Vitriolage du mont de Vénus. Brûlures profondes avec escharres de cette région ; guérison (En collaboration avec le Dr PATEL). *Arch. d'Anthropologie criminelle*, 15 mars 1901.
107. Adénite extra-axillaire. Tuberculose infantile mutilante (En collaboration avec le Dr PATEL). *Arch. prov. de Chir.*, avril 1901.
108. Epithélioma développé aux dépens des téguments de l'avant-bras. *Soc. de Méd.*, 17 mars 1902.
109. Désarticulation interscapulo-thoracique. *Soc. de Méd.*, 29 avril 1903.
110. Fractures multiples du bassin. *Soc. des Sc. Méd.*, 11 février 1903.
111. Recherches expérimentales sur les fractures limitées du fond de la cavité cotyloïde. *Rev. de Chir.*, février 1904.
112. Fractures simples et limitées de la cavité cotyloïde. *Revue d'Orthopédie*, 1er mai 1904.
113. Gomme syphilitique de la peau. *Soc. des Sc. Méd.*, 19 juillet 1899.
114. Fractures sus-condyliennes du fémur chez l'enfant. *Soc. de Chir.*, 22 décembre 1904 (En collaboration avec le Dr BÉRARD).
115. Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du genou. *Soc. des Sc. Méd.*, 12 juillet 1897.
116. Ecrasement sous-cutané des vaisseaux fémoraux par contusion de la cuisse. Gangrène du membre inférieur. *Bull. Méd.*, 28 avril 1900.
117. Cancer fémoral en cylindre Ostéosarcome bipolaire diffus du fémur droit. *Gaz. des Hop.*, 23 avril 1901.
118. Les myxolipomes de la cuisse (En collaboration avec le Dr PATEL). *Gaz. des Hôp.*, 22 juin 1901.
119. Ankylose du genou à angle droit, à la suite d'une résection pour arthrite post-rubéolique, ostéoclasie. *Rev. d'Orthopédie*, septembre 1902.
120. Ankylose osseuse angulaire du genou gauche consécutive à une arthrite purulente d'origine puerpérale ; arthroclasie, redressement lent. *Rev. d'Orthopédie*, 1er juillet 1903.
121. Anévrysme artériel poplité ; gangrène du membre inférieur à évolution rapide ; amputation de cuisse. *Soc. des Sc. Méd.*, 25 mai 1904.
122. Note sur deux cas de fibro-myome de la peau. *Arch. prov. de Chir.*, octobre 1903 (En collaboration avec le Dr ADENOT).
123. Fibro-myome de la peau. *Soc. de Méd.*, 17 mars 1902.
124. Elongation du sciatique poplité externe et résection du saphène externe pour ulcère traumatique de la jambe. Guérison. *Gaz. des Hôp.*, 4 février 1902.
125. Gangrène gazeuse bénigne du membre inférieur droit. *Gaz. des Hôp.*, 6 août 1901.
126. Ectrodactylie des mains et des pieds. *Revue d'Orthop.* (En cours de publication ; en collaboration avec M. MOURIQUAND).

127. Du mécanisme de l'engagement dans les bassins asymétriques. Th. de Lyon, 1898-1899.

ANALYSE DE TRAVAUX

Analyse, dans les *Arch. prov. de Chir.*, de toutes les thèses inspirées par M. Poncet, pendant les années scolaires 1899-1900 et 1900-1901.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ANATOMIE

Recherches sur l'hiatus de Farabeuf

In Testut, *Anatomie descriptive*, 4e édition.

Exposées dans le paragraphe relatif aux rapports du rein, ces recherches ont porté sur les dimensions de l'hiatus, ses variabilités et surtout sur les rapports entre la plèvre et la loge rénale.

Les ganglions géniens

In Rev. générale : *Des adénites géniennes. — Gaz. des Hôp.*, 21 avril 1900.

Les ganglions géniens siègent le long des vaisseaux faciaux, sur le trajet de la chaine lymphatique qui les accompagne et se disposent en trois étages différents.

Un premier groupe se rencontre sur la face externe du maxillaire inférieur et il n'est que la continuation des ganglions sous-maxillaires ; parfois on rencontre un ganglion à cheval sur le rebord de l'os, et pouvant être rangé dans l'un ou l'autre de ces groupes.

A la hauteur de la commissure buccale, les ganglions existent en arrière de la veine, ou entre la veine et l'artère.

Enfin, plus haut, vers l'aile du nez, on peut en observer.

Ces ganglions reçoivent les lymphatiques des téguments superficiels et des dents implantées sur le maxillaire supérieur, le sys-

tème lymphatique, dans le maxillaire supérieur, se portant en dehors vers les vaisseaux faciaux, et en arrière vers les vaisseaux maxillaires internes.

Synoviales et gaines tendineuses du pied

In Th. de Gonot : *De l'amputation et de la désarticulation des métatarsiens dans les ostéites tuberculeuses*, Lyon, 1901-1902.

Cette étude avait été faite surtout au point de vue des rapports entre les gaines synoviales d'une part et les cartilages de conjugaison, les épiphyses et les capsules articulaires d'autre part, afin de préciser les points faibles par lesquels les processus inflammatoires peuvent se propager des uns aux autres.

CHIRURGIE

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

A propos des derniers travaux sur l'éthérisation et la chloroformisation.

Lyon Médical, 30 mai 1903.

La discussion au sujet de l'éther et du chloroforme semble s'être déplacée de terrain ; il est admis, à l'heure actuelle, que la mortalité immédiate serait plus élevée avec le chloroforme, et la question en jeu est celle de la mortalité par complications secondaires.

Les dégénérescences du cœur, du foie, des reins, sont plus marquées avec le chloroforme qu'avec l'éther. Par contre, on reproche à l'éther de produire des complications pulmonaires souvent mortelles.

Nous avons cherché à établir que ces pneumonies sont des pneumonies d'opération et non d'éthérisation. Elles sont aussi fréquentes avec l'un des agents anesthésiques qu'avec l'autre ; on les observe souvent aussi alors que le malade n'a pas été anesthésié. Elles sont la propagation d'une infection de voisinage (opérations pratiquées sur le cou) ou d'une infection à distance (opérations sur l'estomac et l'intestin). Il n'y a donc pas lieu d'en faire un reproche particulier à l'éther.

Technique de l'anesthésie générale (Chloroforme et éther).

Lyon Médical, 1903.

Cette étude est surtout un commentaire de la thèse du Dr Olivier (Bordeaux, 1903). L'auteur y étudiait successivement la marche de

l'anesthésie par le chloroforme et l'éther, les avantages et les inconvénients de chacun de ces anesthésiques. Il conclut, en présence des dangers de l'un et de l'autre, à la nécessité d'anesthésistes de carrière. Il est particulièrement favorable à l'éther, bien qu'il cherche constamment à rester impartial. C'est précisément cette idée directrice de son travail qui, à nos yeux, lui a donné une importance encore plus grande.

ACTINOMYCOSE

Les communications de MM. Poncet et Bérard, leur Traité clinique de l'actinomycose humaine, les thèses qu'ils ont inspirées ont montré l'actinomycose sous ses diverses formes. Les recherches que nous avons entreprises sous la direction de notre maître, le professeur Poncet, ont eu pour but d'élucider certains points de cette œuvre si vaste ; de mettre en relief certains symptômes particulièrement importants ; de montrer par des exemples répétés, par des statistiques, la fréquence de cette affection; de mieux en fixer enfin le type clinique par des observations et des photographies.

Nous avons fait, à ce propos, deux statistiques d'ensemble. L'une en 1903,

De l'actinomycose humaine en France et à l'étranger dans ces cinq dsrnièrss années.

Communication à l'Aacdémie de Médecine, 9 juin 1903 (MM. Poncet et Thévenot).

Elle utilise tous les documents que nous permettaient ds consulter les ressources de la Faculté ds Lyon.

Elle commence au moment où s'arrêta la bibiographis du Traité de l'Actinomycose humainc. Elle comporte 531 cas, mais nous n'avons pu avoir des renseignements suffisants que pour 497. Elle nous montre que l'actinomycose est, sauf en Suisse, fréquente partout où l'on sait la diagnostiquer. La proportion des cas, chez l'homme et chez les animaux, est très différente suivant les régions, ce qui prouve, ainsi que l'avaient admis MM. Poncet et Bérard, que la contagion par l'animal est peu commune ; l'augmentation des cas partout où l'on signale l'absence d'hygiène est, au contraire, manifeste.

L'actinomycose cervico-faciale, qui est la forme ordinaire de l'affection, est la moins grave (1 mort pour 4 guérisons). La mortalité devient considérable dans les formes viscérales (tube digestif, appareil pulmonaire, organes génito-urinaires, etc.).

L'iodure de potassium et tous les médicaments iodés (iode, iodipine, iodates, etc.), sont les seuls agents thérapeutiques vraiment actifs.

En France, l'actinomycose n'est encore signalée qu'autour des centres universitaires, ce qui montre le nombre de cas qui passent inaperçus.

L'autre statistique est purement locale :

Actinomycose dans le Dauphiné.

Association française pour l'avancement des Sciences. Session de 1904.

Elle fut faite à l'occasion du Congrès de Grenoble. Elle est relative à 14 cas observés dans le Dauphiné, et montre leur répartition dans les régions humides ou marécageuses, le long de l'Isère, de la Drôme ou de leurs affluents.

A côté de ces deux travaux viennent se placer toute une série de présentations ou de publications, destinées uniquement à montrer encore la fréquence de l'actinomycose, son allure clinique banale.

Actinomycose cervico-faciale.

Soc. de Méd., 24 juin 1901.

Actinomycose primitive de la peau de la face

Soc. de Méd., 22 juillet 1901.

Présentation d'une malade.

Note sur deux cas d'actinomycose cervico-faciale

Arch. prov. de Chir., janvier 1902.

Des deux malades qui font l'objet de cet article, l'un est absolument classique ; l'autre est particulièrement intéressant en raison

du début de l'affection, par des poussées fluxionnaires successives et du mode d'infection qui s'est fait par la muqueuse, sans qu'il existe, à l'heure actuelle, une lésion de celle-ci. Ce processus mérite d'être rappelé car il se retrouve tout le long du tube digestif.

Deux actinomycoses cervico-faciales

Gaz des Hôp., 1er juillet 1902.

Observations et photographies.

Soc. des Sc. Médicales, 9 avril 1902.

Présentation de la première malade.

Soc. des Sc. Médicales, 16 avril 1902.

Présentation du second.



Actinomycose cervico-faciale de forme courante

Gaz. des Hôpitaux, 2 juillet 1903.

Deux observations avec photographies.

Actinomycose cervico-faciale. — Nouvelles observations.

Arch. prov. de Chir., février 1904.



Trois nouvelles observations auxquelles ont été jointes les photographies des malades.

Soc. de Méd., 15 juin 1903.

Présentation du premier de ces malades.

Soc. de Méd., 6 juillet 1903.

Présentation du second.

Toutes ces observations montrent la fréquence de l'actinomycose humaine. Les faits suivants nous ont permis d'approfondir quelques points qui n'avaient pu être étudiés en détail par MM. Poncet et Bérard.

Actinomycose de l'oreille (En collaboration avec le Dr Rivière).

Rev. de Chirurgie, janvier 1904.

Ce travail a pour point de départ un cas de phlegmon actinomycosique suppuré de la région angulo-faciale et périmastoïdienne gauche, consécutif à une otite externe de même nature, que nous avons opéré dans le service de M. Poncet. L'infection de l'oreille externe est la conséquence d'une inoculation faite par le malade en se grattant avec des morceaux de bois, de paille, etc.

Dans la littérature médicale, nous avons trouvé deux cas (Beck-Zaufall, Majocchi), qui concernent également des otites actinomycosiques. L'affection avait débuté par l'oreille moyenne pour gagner la mastoïde ; elle paraît s'être faite par la trompe d'Eustache plutôt que par l'appareil vasculaire. Nous n'avons pas vu signalé de cas d'otite interne. Les otites externe et moyenne s'accompagnent d'un placard induré dont l'aspect, ainsi que le montre la photographie ci-jointe, fait penser d'emblée à l'actinomycose. La constatation du grain jaune et du mycélium confirment le diagnostic, qu'il faut poser d'une façon hâtive ; il y a lieu de redouter, en effet, une infection de la boîte cranienne et du cerveau, qui serait rapidement mortelle. L'ouverture large des foyers malades et le traitement ioduré permettent, lorsque le traitement est institué précocement, d'obtenir une guérison rapide.

Soc. de Médecine, 4 mai et 25 mai 1903.

Présentation du malade précédent.

Vieille. — *L'actinomycose de l'oreille.* Th. de Lyon, 1903-1904.



Actinomycose de l'amygdale

Gaz. des Hôpitaux, 27 septembre 1904.

Dans la même région, nous avons eu l'occasion d'observer des accidents actinomycosiques relevant d'une autre pathogénie. Une amygdalite suppurée fut le point de départ d'un phlegmon actinomycosique de l'angle de la mâchoire. Or, on a, à maintes reprises, noté la présence du champignon rayonné dans les cryptes amygdaliennes. Il y vit le plus souvent sans déterminer de lésions, mais on conçoit avec quelle facilité il peut pénétrer dans l'amyg-

dale, surtout à la faveur d'infections associées, pour venir infecter les régions avoisinantes.



Soc. de Méd., 30 mai 1904.

Présentation du malade.

Actinomycome suppuré du sterno-mastoïdien gauche. — Syphilis et actinomycose.

Arch. Prov. de Chir., août 1903.

Le malade que nous avons pu suivre dans la Clinique de M. Poncet, présentait une infiltration du segment inférieur du sterno-cléido-mastoïdien, dure, indolore, paraissant fluctuante en un point et qu'on aurait considérée et traitée comme une gomme syphilitique de ce muscle, si la ponction du point fluctuant n'avait permis de ramener des grains jaunes. Le traitement ioduré fit disparaître en dix mois tous ces accidents.

Nous avons profité de ce cas pour montrer combien l'actinomycose est protéiforme et nous lui avons opposé un cas presque identique où il s'agissait d'une tumeur maligne.

Nous avons surtout eu pour but d'insister sur l'analogie que présentent parfois l'actinomycose et la syphilis. Le diagnostice est d'autant plus difficile que l'iodure triomphe dans les deux cas, et que l'on a signalé des observations d'actinomycose chez des syphilitiques, telle la belle observation que le professeur Ronas, de Buda-Pesth, a bien voulu nous communiquer.

Soc. de Méd., 19 novembre 1902.

Présentation du malade.

MARTINET. — *Actinomycose du sterno-cléido-mastoïdien.* Th. de Lyon, 1903-1904.

De l'actinomycose du cœur et du péricarde.

Bull. Méd., 30 mai 1903.

Consécutive à une actinomycose du poumon, de l'œsophage, de la cage thoracique, la localisation cardiaque représente la phase ultime de la maladie. Elle produit une symphyse du péricarde, ou bien, au contraire, une péricardite séreuse ou suppurée.

Le myocarde devient le siège d'abcès multiples, pouvant atteindre le volume d'une prune. L'endocarde est verruqueux ou végétant.

De là des signes de péricardite, quelquefois des souffles. Ce qu'il y a surtout de très particulier, c'est la conservation du rythme cardiaque et de la force du myocarde, si bien que des lésions très étendues peuvent, pendant la vie, ne pas même être soupçonnées.

Nous terminons cet article par un résumé de 15 observations.

AUTOUR. — *De l'actinomycose du cœur et du péricarde.* Thèse de Lyon, 1902-1903.

L'actinomycose du poumon et ses manifestations primordiales.

Archives Générales de Médecine, 1903.

Une observation recueillie avec M. Poncet, un cas encore en évolution ont appelé notre attention sur cette forme de l'actino-

mycose, déjà bien étudiée dans la thèse de Naussac, et dont nous avons, en 5 ans, réunt 71 cas.

Nous avons insisté surtout sur ses formes du début, en raison des difficultés qu'il y a à les reconnaître. Ordinairement limitée, localisée à la base, l'actinomycose peut simuler n'importe quelle affection de l'appareil pleuro-pulmonaire. L'examen des crachats est le seul moyen de diagnostic que nous ayons réellement. C'est dire qu'il faut rechercher le parasite, aussi bien que le bacille de Koch, toutes les fois que l'on pourra (et cela se fait généralement par élimination) supposer son existence.

A propos de l'actinomycose du foie (En collaboration avec M. Bérard).

Revue de Chirurgie, septembre 1903.

Actinomycose appendiculaire. — Actinomycome isolé de la paroi abdominale.

Gaz. des Hôpitaux, 12 avril 1902.

La malade que nous avons observée avec M. Poncet avait présenté une série de crises d'appendicite et souffrait chroniquement de cet organe. Elle portait, en outre, dans sa paroi abdominale, à droite de la ligne médiane, vers le bord externe du grand droit, une tumeur qui semblait un fibrome de cette paroi. L'appendicectomie fut suivie, chez elle, de l'ablation de cette tumeur qui renfermait en son centre des fongosités riches en mycélium actinomycosique.

Le traitement ioduré prolongé la mit à l'abri de toute récidive. Ces tumeurs de la paroi abdominale, en apparence indépendantes des organes profonds, sont cependant d'origine intestinale et, plus spécialement, appendiculaire. Leur étude a été reprise dans la thèse ci-dessous.

Maratuech. — *Actinomycose à forme néoplasique des parois abdominales*. Th. de Lyon, 1903-1904.

Appendicite actinomycosique

Gaz. des Hôpitaux, 18 novembre 1902.

Cette apendicite fut supposée actinomycosique en raison de la persistance d'un plastron d'une dureté presque ligneuse et indolore. Le liquide intra-appendiculaire ne renfermait pas le parasite ; il existait, abondant, dans les fongosités qui avoisinaient l'appendice.

Nous avons, à cette occasion, réuni 8 cas nouveaux d'appendicite actinomycosique.

De l'actinomycose ano-rectale

Revue de Chirurgie, août 1902.

Le rectum, comme toutes les portions du tube digestif où les matières stationnent davantage, est un siège de prédilection de l'actinomycose intestinale. Parfois, d'ailleurs, l'infection est d'origine cutanée ou vient des organes génito-urinaires. Le rectum, dont la muqueuse reste intacte, est coulé dans un bloc induré qui remplit toute la cavité pelvienne. Ces masses se ramollissent plus tard et donnent ainsi une série de petits abcès qui sont le point de départ d'autant de fistules. C'est ainsi que se manifeste, d'ailleurs, l'actinomycose ; le début par des accidents diarrhéiques ou des phénomènes de rétrécissement est plus rare. La lésion s'étend d'une façon progressive et envahit tous les organes pelviens et la mort est le fait de ces lésions locales, parfois des infections secondaires, surajoutées, quelquefois enfin de complications métastatiques. Ces masses indurées, ces trajets fistuleux multiples sont d'un diagnostic facile que confirme l'examen microscopique. Leur pronostic est sombre, puisque sur 15 cas nous avons compté 7 morts, 4 résultats inconnus, 4 malades en traitement ou momentanément guéris. Outre le traitement chirurgical, on obtiendra de bons résultats de l'incision simple des abcès. Il ne faut pas vouloir tout enlever ; on est entraîné ainsi à des opérations vastes qui restent, malgré tout, incomplètes et qui donnent souvent un coup de fouet aux lésions.

Actinomycose fessière d'origine rectale. — Clinique du Pr Poncet.

Gaz. des Hôpitaux, 19 mars 1903.

Cette actinomycose ano-rectale se traduisait surtout par un envahissement de la fesse et du creux ischio-rectal droit. Ce cas paraissait désespéré, en raison de l'étendue considérable des lésions. Le traitement ioduré prolongé et des injections répétées d'iodipine en amenèrent pourtant la guérison.

Soc. de Médecine, 12 janvier 1903.

Présentation du malade.

Panaris actinomycosique de l'annulaire droit.

Presse Médicale, 16 septembre 1903.

Nous avons observé ce panaris chez un charpentier qui s'était piqué, avec un petit morceau de bois, la face interne du doigt. Celui-ci devint bientôt le siège, d'abord de phénomènes douloureux, puis d'une série de petites masses jaunâtres soulevant les téguments. Pas de gêne marquée des mouvements, pas d'infection du système lymphatique correspondant. L'examen des masses jaunâtres ayant montré leur nature actinomycosique, le doigt fut curetté et le malade soumis au traitement ioduré.

Nous avons profité de la circonstance pour réunir quelques cas d'actinomycose des membres.

Soc. de Médecine, 24 février 1902.

Présentation du malade.

Malard. — *Le Panaris actinomycosique.* Th. de Lyon 1903-1904.

Actinomycose et grossesse.

Revue de Chirurgie, sept. 1906.

Trois malades que nous avons eu l'occasion d'observer dans les services du Prof. Poncet et du Prof. Fabre, trois autres que nous avons pu retrouver nous ont permis d'établir les rapports entre l'actinomycose et la grossesse.

1° L'actinomycose n'exerce aucune action sur l'évolution de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Ce que nous savons des toxines actinomycosiques l'explique d'ailleurs facilement.



2° La grossesse agit sur l'actinomycose en gênant son évolution, en atténuant sa marche. Dès que l'accouchement s'est pro-

duit, les lésions par contre paraissent recevoir un véritable coup de fouet.

Le traitement ne comporte pas d'indications particulières, mais il est nécessaire de l'appliquer d'une façon suivie, de le rendre plus intensif que ne paraît le nécessiter l'allure torpide de l'affection, de guérir la malade avant son accouchement ; sinon, on l'expose à des complications qui peuvent être au-dessus de toute ressource thérapeutique.

Les observations de M. Poncet ont fait l'objet d'une leçon recueillie par nous et publiée dans la *Gaz. des Hôp.*, 31 mai 1906.

Nous avons enfin étudié l'actinomycose au point de vue expérimental. Nos recherches sont consignées dans les deux communications suivantes :

Actinomycose et tuberculose. Réaction des actinomycosiques aux procédés de laboratoire employés pour le diagnostic de la tuberculose.

Congrès français de Chirurgie, 1906.

Lorsqu'on veut, par des procédés de laboratoire, établir un diagnostic de tuberculose, on a à sa disposition la recherche directe du bacille, la réaction à la tuberculine, le séro-diagnostic, l'épreuve du vésicatoire (M. Mérieux a montré (*Rev. de Méd.*, févr. 1906) que la sérosité d'un vésicatoire d'un tuberculeux fait réagir un cobaye tuberculeux comme une injection de tuberculine).

Nous avons voulu étendre à l'actinomycose les mêmes procédés. Friedrich avait déjà montré que les actinomycosiques réagissent à la tuberculine aussi bien que des tuberculeux. Nous n'avons pas repris ces expériences que nous croyons dangereuses. Nos recherches personnelles nous ont donné les résultats suivants :

La séro-réaction tuberculeuse a été positive 4 fois sur 4 dans l'actinomycose, et négative dans le seul cas de pseudo-actinomycose que nous avons rencontré.

L'épreuve du vésicatoire a fourni des renseignements concordants avec ceux de la séro-réaction.

Ces procédés pourraient donc rendre dans le diagnostic de

l'actinomycose les mêmes services que dans les cas de tuberculose douteuse et il nous a paru intéressant d'appeler l'attention sur ce point.

Recherches sur les produits solubles de l'actinomycose
(En collaboration avec le Dr Lacomme).

Soc. de Biologie, avril 1907.

Ces recherches établissent l'absence de produits solubles dans l'actinomycose. Elles ont été faites avec du bouillon filtré, ou des cultures sur agar broyées et traitées les unes par une solution physiologique salée, les autres par l'éther, l'alcool ou le chloroforme.

RHUMATISME TUBERCULEUX ET TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

Placé aux côtés de notre maître dès le début de ses recherches sur le Rhumatisme tuberculeux et la Tuberculose inflammatoire, nous avons eu à diverses reprises l'honneur d'être son collaborateur.

Sous la rubrique :

Le rhumatisme tuberculeux.

Gaz. Méd. de Paris, 12 déc. 1903.

nous avons résumé ses idées qu'il a exposées dans la Monographie XXXIV de l'œuvre médico-chirurgical du Dr Critmann.

Nous avons eu l'occasion de présenter une série de malades.

Soc. des Sc. Méd., 20 mai 1902.
Soc. de Méd., 25 mai 1903.
Soc. de Méd., 1er février 1904.

Sous le titre :

Rhumatisme tuberculeux familial.

Méd. Moderne, 30 avril 1902.

nous avons rapporté l'histoire d'une famille dont le père est rhumatisant, la mère tuberculeuse et dont les enfants présentent

des lésions alternantes les unes d'allure rhumatismale, les autres nettement tuberculeuses, qui se sont d'ailleurs toutes terminées par la guérison.

Nous avons également insisté sur la nature tuberculeuse de certains faits cliniques qui font l'objet des articles suivants :

Rhumatisme articulaire tuberculeux. Ankylose ostéo-fibreuse primitive du coude droit. Carie sèche de l'articulation de l'épaule droite.

Bull. Méd., 16 mars 1904 (Clinique du Prof. Poncet).

Rhumatisme tuberculeux articulaire. Rhumatisme tuberculeux primitif. — Rhumatisme tuberculeux secondaire.

Bull. Méd., 8 août 1903.

Morbus coxæ senilis d'origine tuberculeuse.

Gaz. des Hôp., 24 nov. 1903 (Clinique du Prof. Poncet).

Enfin, sous le titre :

Tuberculose inflammatoire du cœur et du péricarde.

Gaz. des Hôpitaux, 20 avril 1905.

nous avons résumé toute une série de thèses faites dans le service du Prof. Poncet, thèses de Chambelland, de Verdeau et de Moynet.

Aux faits qu'ils rapportent, nous en avons ajouté d'autres recueillis auprès de M. Poncet ; corroborés par les recherches expérimentales de Bernard et Salomon (*Revue de Méd.*, 1905), la thèse de Braillon, ils montrent que le bacille de Koch, soit par lui-même, soit par ses toxines, peut ici, comme partout ailleurs, provoquer des lésions inflammatoires à caractère banal. Les antécédents du malade, la coexistence d'autres lésions bacillaires, les procédés de laboratoire (séro-diagnostic, etc), établissent la nature de la cardiopathie.

Dans ce champ si vaste de la tuberculose inflammatoire, nous nous sommes attachés à quelques points particuliers.

Une première série d'articles et de présentations :

Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse.

Méd. Mod., 19 août 1903.

Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse.

Soc. de Méd., 1er février 1904.

Trois observations de spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse.

Méd. Mod., 1904.

Rhumatisme tuberculeux ankylosant à forme spondylo-rhizomélique.

Revue d'Orthopédie, janv. 1906.

ont pour but d'établir,en se basant sur 4 observations, que, si tout microbe, tout poison d'origine bactérienne, toute intoxication peuvent déterminer la spondylose rhizomélique, il n'y a pas d'exclusion pour le bacille de Koch et ses toxines. Il serait tout aussi injuste de l'en exclure que de déclarer qu'il est le seul susceptible de provoquer une pareille affection.

Ce que nous venons de dire de ces toxines ne s'applique pas seulement aux articulations.

Ce qui se produit du côté des ligaments peut se passer du côté des aponévroses, à l'aponévrose palmaire en particulier. Nous n'avons pas cherché à établir si la lésion frappait d'emblée l'aponévrose ou agissait par l'intermédiaire de ses nerfs trophiques. Nous avons voulu seulement en montrer le point de départ tuberculeux dans les faits suivants :

Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse.

Soc. de Méd., 30 nov. 1903.

Présentation d'un malade.

Soc. de Méd., 21 janvier 1904.

Présentation d'un nouveau cas.

Méd. Mod., 24 février 1904 (Clinique du Prof. Poncet).

Nous avons étendu les mêmes recherches à certains kystes du creux poplité. Nous avons publié, à ce propos, une clinique du Prof. Poncet :

Kyste du creux poplité de nature tuberculeuse.

Annales Médico-Chir. du Centre, 3 janvier 1904.

Et l'article suivant :

Kyste du creux poplité de nature tuberculeuse.

Bull. Méd., 2 mars 1904.

Ces deux travaux concernent 3 cas où les lésions existaient chez des tuberculeux et paraissaient relever nettement de la tuberculose, qui commençait à se manifester d'ailleurs dans l'articulation du genou. Il est de notion ancienne que le kyste du creux poplité peut exister en même temps qu'une tuberculose du genou ou la précéder de peu. La connaissance de la tuberculose inflammatoire accroît notablement le nombre des faits de ce genre et évitera, par la suite, au chirurgien et à son malade, de nombreux déboires.

Astier. — *Kystes du creux poplité d'origine tuberculeuse.* Th. de Lyon, 1903-1904.

Enfin, nous avons repris l'étude de certains pieds plats, au point de vue de leur pathogénie.

Double pied plat valgus douloureux invétéré d'origine tuberculeuse.

Soc. de Méd., 4 déc. 1905.

Présentation d'un malade.

Tarsalgie des adolescents de nature tuberculeuse.
Revue d'Orthopédie, 1er mars 1905.

Tarsalgie de l'adolescence d'origine tuberculeuse.
Revue d'Orthopédie, 1er septembre 1906.

Tarsalgie des adultes d'origine tuberculeuse

Revue d'Orthopédie, 1er juillet 1905 (En collaboration avec M. Gauthier, interne des Hôpitaux).

Ces trois articles renfermant le premier 5 observations, le deuxième 3 cas nouveaux, et le troisième deux autres, ont pour but de montrer par des faits cliniques, corroborés, toutes les fois qu'il fût possible de le faire, par des recherches histologiques, que le pied plat douloureux est, dans certains cas, la conséquence d'une ostéo-arthrite du pied. Celle-ci peut être de nature diverse, blennorrhagique, rhumatismale, etc.

La connaissance de la tuberculose inflammatoire nous permet de comprendre qu'elle puisse être d'origine tuberculeuse, sans qu'il y ait édification pour cela de tubercules, de granulations, etc., etc. M. le Prof. Kirmisson avait déjà établi que la tarsalgie chez les jeunes enfants doit faire soupçonner une lésion osseuse, presque toujours tuberculeuse.

Cette pathogénie est la même, quel que soit l'âge du sujet ; l'évolution très bénigne des accidents tuberculeux chez de tels malades rend souvent le diagnostic étiologique très délicat et il faut un interrogatoire minutieux, parfois même l'emploi des méthodes de laboratoire pour dépister la véritable nature de la maladie.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

L'attraction et la fixation des organes malades à l'extérieur.

Lyon Méd., 29 août 1897.

A propos des recherches du Prof. Jaboulay, soit pour combattre la ptose de certains organes, soit pour en amener l'atrophie comme dans l'exothyopexie.

La suppuration artificielle d'après la méthode de Fochier dans la pyohémie et autres maladies aiguës.

Lyon Méd., 16 avril 1899.

Traduction d'un rapport du Dr Menko, au Congrès d'Amsterdam.

De l'influence du bout portant sur la force de pénétration des projectiles.

Gaz. des Hôpitaux, 12 déc. 1905 (En collaboration avec le Dr Rouvillois, Prof. Agrégé au Val-de-Grâce).

Il est dit, dans tous les traités classiques, que lorsqu'on applique le canon d'un revolver contre la peau, la balle ne peut pénétrer, et qu'il n'y a qu'une contusion locale. Nous. avons, pour vérifier ce fait, entrepris toute une série de recherches expérimentales, en faisant varier l'arme et la nature de la poudre (poudre noire et poudre pyroxylée).

Toutes ont porté sur les revolvers. On sait, en effet, qu'un fusil éclate lorsque l'extrémité du canon est oblitérée quand part le coup ; pour le revolver, il n'en est rien, les gaz produits par la déflagration de la poudre s'échappant entre le canon et le barillet.

La non-pénétration n'a été obtenue qu'avec des armes et surtout des munitions de mauvaise qualité. Sinon, à bout touchant, aussi bien qu'à bout portant, c'est-à-dire à une distance de quelques centimètres, la force de pénétration des projectiles ne paraît pas modifiée en quoi que ce soit.

Les progrès réalisés dans la fabrication des armes, l'emploi de poudres nouvelles font donc disparaître cette vieille formule basée sur des observations anciennes, et que des faits récents ne nous avaient pas paru justifier.

Des endothéliomes des os.

Revue de Chirurgie, juin 1900.

Cette variété de tumeur des os, étudiée par Kolaczeck, Hildebrand, Volkmann, Berger, etc., se développe aux dépens de l'endo-

thélium des vaisseaux (endothéliomes), ou de leur gaine lymphatique (périthéliomes). Ils constituent une sorte de sarcome extrêmement vasculaire, animé de souffles et de battements et dont l'aspect histologique reproduit le schéma ci-contre.

L'absence de ganglions, leur localisation nette permet, au début, une ablation facile, mais il ne nous a pas été possible de déterminer leur pronostic éloigné, qui paraît d'ailleurs des plus réservés.



Hollande. — Thèse de Lyon 1900-1901. *De l'endothéliome du maxillaire inférieur.*

Le plombage des os d'après la méthode de Mosetig Moorhof
(En collaboration avec M. Bérard).

Revue d'Orthopédie, juillet 1901.

La méthode de Mosetig Moorhof consiste à oblitérer les cavités osseuses (à la suite d'ostéomyélite, de tuberculose, etc.), au moyen d'un mélange d'iodoforme, d'huile de sésame et de blanc de baleine. Elle donne d'excellents résultats si la cavité osseuse est rendue aseptique et si l'on se met à l'abri des hémorrhagies. La résorption du mélange se fait lentement, sans accident (ce mélange étant parfaitement résorbable), à mesure que les bourgeons charnus envahissent la cavité osseuse. Nos six observations nous ont permis de commenter cette méthode dont la valeur est établie par des statistiques nombreuses. Mosetig Moorhof 120 cas, etc., etc.

TÊTE ET COU

Des adénites géniennes (adénites de Poncet).

Gazette des Hôpitaux, 21 avril 1900.

Les adénites géniennes sont de nature très diverse : infectieuses, tuberculeuses, syphilitiques, néoplasiques (on a même signalé des tumeurs primitives de ces ganglions) et leur fréquence s'explique par les territoirès lymphatiques qui sont leurs tributaires.



Les adénites infectieuses (infection banale, érysipèle, oreillons, etc) ont leur point de départ dans une lésion des téguments super-

ficiels (paupière inférieure, nez, lèvre supérieure, joue) ou des muqueuses (nasale et buccale), ou dans une carie dentaire ; il en résulte une adénite chronique ou un adéno-phlegmon, et l'on a pu noter, à côté d'un abcès unique, jusqu'à quatre abcès échelonnés le long des vaisseaux faciaux (Vigier). Le pus ulcère d'ordinaire les téguments sur la face externe de la joue. Jamais il ne se porte en profondeur du côté de la muqueuse. Chez une malade de M. le professeur Lépine, il s'ouvrait à la commissure labiale.

Les adénites tuberculeuses n'ont, en ce point, rien de particulier.

Les adénites syphilitiques sont rares, signalées seulement par Capette-Laplène et Vauthey.

Les adénites néoplasiques succèdent d'ordinaire à un cancroïde de la lèvre supérieure ; l'infection est tardive. Parfois (Kuttner) un cordon lymphatique engorgé relie le néoplasme au ganglion.

Les tumeurs des ganglions sont exceptionnelles. Capette-Laplène a vu, chez une femme atteinte de lymphadénie, un ganglion buccal engorgé, un ganglion sous-maxillaire et enfin le ganglion infra-maxillaire.

D'autre part, M. L. Dor possède une observation de tumeur d'un ganglion maxillaire.

Le diagnostic est surtout à faire avec les kystes sébacés, dermoïdes ou salivaires, avec les lipomes buccaux de Dolbeau, avec les gommes syphilitiques ou tuberculeuses.

Le traitement consiste dans l'ablation du ganglion ou la simple incision, s'il est suppuré. Pour des raisons esthétiques, l'opération sera pratiquée par la voie buccale, aussi souvent qu'il sera possible de le faire.

Sur les adénites géniennes.

Lyon Médical, 17 juin 1900.

Nous avons rapporté dans ce travail, afin de montrer la fréquence de ces lésions, quinze observations inédites d'adénites

géniennes recueillies dans le service de M. le Professeur Poncet, et nous y avons joint six observations que M. le Dr Vigier a bien



voulu nous communiquer. Quelques photographies montrent, mieux que toute description, l'aspect clinique de ces diverses lésions.

Des kystes hydatiques du cou.

Revue générale, Gaz. des Hôp., 22 mars 1902.

Gros kyste hydatique suppuré du cou.

Gazette des Hôpitaux, 29 octobre 1901.

Le malade qui fut le sujet de ces deux études présentait un kyste hydatique qui suppura à la suite d'une grippe. Le kyste

siégeait sur la partie latérale du cou, débordant le sterno-cléido mastoïdien en avant, mais surtout en arrière.

Nous avons pu, à cette occasion, réunir 65 cas de kystes hydatiques du cou. Ne sont pas compris dans ce travail les kystes siégeant dans la glande thyroïde, en raison de leur allure clinique très particulière.

Thyroïtoxémie ou thyroïdisme aigu post-opératoire.

Gaz. hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 11 août 1901.

Les accidents d'intoxication thyroïdienne s'observent assez souvent après les interventions pour goitre, et la malade que nous avons observée, avec M. Poncet, et qui nous suggéra cette étude en était un très beau type. A la fièvre, à une hyperthermie considérable, il faut joindre l'éréthisme cardiaque, l'agitation, etc. Quelquefois, l'intoxication est telle que la malade succombe rapidement. Le drainage bien fait de la région est le meilleur moyen dont nous disposons contre de tels accidents et leur évolution doit faire craindre une rétention en arrière de drains oblitérés ou coudés. Notre malade en fut une excellente démonstration. Ses malaises cessèrent avec la sécrétion de la plaie, au bout de trois jours ; ils furent d'ailleurs légers et la brusquerie de leur début n'était que la conséquence d'un peu de rétention derrière une mèche de gaze.

De la dysphagie après les opérations pour goitres.

Bulletin Médical, 11 septembre 1901.

A la suite des interventions sur la glande thyroïde, il est fréquent d'observer une dysphagie plus ou moins marquée. Elle est parfois telle qu'elle nécessite l'emploi de la sonde à demeure. Elle ne paraît pas due à des lésions de l'œsophage ou des nerfs voisins. Elle paraît la conséquence d'un réflexe parti des nerfs thyroïdiens sectionnés ou irrités. Elle est de courte durée, heureusement pour les malades, car la thérapeutique habituelle échoue et la morphine ne produit même qu'une légère amélioration.

Note sur l'étiologie des goitres (En collaboration avec M. Bérard).

Soc. de Biologie, 12 janvier 1907.

Les recherches entreprises à ce sujet consistent :

1° En inoculation de fragments de tumeurs en milieux appropriés ; 2° En inoculation de cultures atténuées dans la glande de chiens et de lapins. Le premier groupe de recherches est seul étudié ici, le second fera l'objet d'une note ultérieure.

Sur 10 goitres, nous avons obtenu :

5 fois du staphylocoque.

1 fois un diplocoque que des cultures ultérieures montrèrent être un aspect du staphylocoque.

4 fois un résultat négatif.

Ces expériences faites avec des goitres enlevés sans dilacération, immédiatement après l'opération, le fragment à ensemencer ayant été prélevé au centre de la pièce pour se mettre à l'abri d'infection directe, montrent la fréquence dans les goitres des microbes ordinaires de la suppuration, et confirment les recherches de MM. Jaboulay et Rivière, etc.

La stérilité de certains goitres n'implique pas au début une origine non microbienne : la glande thyroïde se débarrasse assez rapidement des microbes qui l'ont envahie, et le pus des thyroïdistes est assez souvent aseptique.

Au surplus, en dehors des microbes eux-mêmes, les toxines microbiennes agissant à dose suffisante et suffisamment longtemps, peuvent produire les mêmes résultats.

Quatre cas de goitre chez le nouveau-né.
(En collaboration avec M. le Professeur Fabre).

Soc. de Chir., 21 mars 1907.

La congestion de la glande thyroïde chez le nouveau-né.
(En collaboration avec M. le Professeur Fabre).

Ann. des Mal. de l'Enfance (paraîtra le 1er mai).

Goitre parenchymateux (adénome fœtal diffus) chez le nouveau-né
(En collaboration avec M. le Professeur FABRE).

Ann. des Mal. de l'Enfance (en cours de publication).

Le goitre chez le nouveau-né.

Gaz. des Hôp. (en cours de publication).

Ces divers articles ont pour point de départ : les 4 cas de goitre chez le nouveau-né (adénome fœtal diffus), que nous avons étudiés dans le musée du professeur Fabre ;

les trois observations de congestion de la glande thyroïde chez le nouveau-né que nous avons recueillies dans son service ;

une dégénérescence polykystique du corps thyroïde observée par M. Gangolphe chez une jeune fille et considéré par lui d'après l'histoire de la malade, comme congénitale.

Tous ces faits sont d'accord avec toute une série de travaux parus à l'étranger (Virchow, Demme, Wolfler), qui ont établi les caractères histologiques des goitres des nouveau-nés. En même temps, une série d'observations, dont un certain nombre françaises, en ont montré la fréquence. Ils nous permettent de classer à l'heure actuelle, ces cas en une série de groupes qui présentent de loin en loin des formes intermédiaires :

1° Hypertrophie simple de la thyroïde.

2° Goitre congestif, congestion de la thyroïde par persistance de la circulation lacunaire fœtale.

3° Adénome fœtal limité ou diffus (goitre parenchymateux), superposable aux formes de l'adulte.

4° Goitres kystiques ; ils sont rares, car les produits sécrétés par la glande n'ont pas eu le temps de se réunir pour former des cavités kystiques.

5° Kystes congénitaux de la thyroïde ; ils ont déjà été étudiés par le professeur Lannelongue, dans son remarquable Traité des kystes congénitaux et répondent souvent à des inclusions embryonnaires.

6° Dégénérescence polykystique de la thyroïde.

Ces lésions se rencontrent surtout dans les pays goitrigènes et forment la transition entre la thyroïde normale et la thyroïde arrêtée dans son évolution, s'accompagnant de crétinisme.



Les troubles fonctionnels qu'ils déterminent sont très variables; ils vont d'une gêne momentanée à une asphyxie rapide et sont souvent mis sur le compte de l'hypertrophie du thymus ; ils sont passagers dans les formes congestives. Le traitement médical, l'exothyropexie (Pollosson, Commandeur) sont les moyens thérapeutiques ordinairement employés pour les combattre. Les opérations plus graves (thyroïdectomie, etc.) ont été exceptionnellement pratiquées.

SEIN ET CAGE THORACIQUE

Sur le traitement de la galactophorite suppurée par l'expression du sein (En collaboration avec M. Commandeur).

Lyon Médical, 28 mai 1899.

Les suppurations du sein chez les nouvelles accouchées ont deux points de départ différents : tantôt le conduit galactophore (galactophorite de M. Budin), tantôt le système lymphatique du sein dans son réseau superficiel (abcès aréolaires et péri-aréolaires) ou dans son réseau profond (abcès intraglandulaire).

Le plus souvent il y a, au début, galactophorite pure, pendant laquelle l'infection est endocanaliculaire, puis secondairement le tissu cellulaire est envahi.

Cette connaissance des suppurations endocanaliculaires est de la plus haute importance au point de vue du pronostic. M. le Professeur Budin a, dans ses cliniques, étudié les caractères de cette affection et montré qu'on pouvait enrayer sa marche par l'expression des conduits galactophores .Ses idées ont été développées dans les thèses de Catalioti et d'Arbel. L'observation que nous avons recueillie nous paraît le type de ce que peut donner cette méthode.

Soc. des Sc. Méd., 8 février 1899.

Présentation d'une malade.

Cancer du sein chez l'homme.

Soc. des Sc. Méd., 25 nov. 1903.

Présentation des pièces provenant d'un malade opéré par nous dans le service du professeur Poncet ; ablation en un seul bloc du sein, du grand pectoral et des chaînes lymphatiques envahies.

Enorme kyste dermoïde sous-cutané n'ayant apparu qu'à l'âge de 68 ans, et siégeant au-dessus de l'omoplate gauche.

Gaz. des Hôp., 5 juin 1902.

TUBE DIGESTIF ET PÉRITOINE

Tumeur de l'œsophage ayant envahi la trachée et le corps thyroïde.

Soc. des Sc. Méd., 5 juillet 1899.

De quelques accidents pulmonaires après la pylorectomie
(En collaboration avec le Dr Bérard).

Prov. Médicale, 20 octobre 1906.

On a accusé successivement jusqu'à ce jour, comme agents déterminant les infections pulmonaires chez les pylorectomisés, les réflexes consécutifs à des plaies du pneumogastrique, les anesthésiques, la pénétration dans les bronches de matières vomies.

Guinard, dans sa thèse, incriminait déjà l'infection vasculaire, partie d'un petit foyer de péritonite développée autour des sutures. Nous avons observé un cas qui amènerait à penser que parfois les microbes sont puisés directement dans l'estomac par les vaisseaux de la tranche de section, et qu'il y a par suite un intérêt majeur à débarrasser l'estomac, non seulement des produits septiques qui peuvent y séjourner avant l'opération, mais surtout du sang qui s'y accumule après l'intervention et s'y mélange à des débris néoplasiques effrités pendant l'acte opératoire. Chez notre opéré, cette rétention s'accompagna, dès le lendemain de l'intervention, d'une température de 40° que fit tomber le lavage d'estomac ; des accidents pulmonaires bénins, d'une durée de 5 jours seulement, suivirent, et nous avons la conviction que leur bénignité est due au lavage stomacal.

C'est là une indication nouvelle de cette manœuvre dont Poppert, Brunnig, le professeur Terrier ont montré par ailleurs les bons effets.

Appendicite aiguë. — Mort.

Société des Sciences Médicales, 24 mai 1899.

Nous avons présenté, au nom de M. le professeur Poncet, l'appendice d'un malade opéré d'urgence par M. Vallas et atteint d'appendicite depuis trente-cinq jours. Le malade présentait, à son entrée, un bon état général et paraissait avoir une poche nettement constituée. Malgré l'ancienneté de la lésion, les parois se rompirent spontanément quelques heures après son entrée à l'hôpital, et les symptômes de péritonite diffuse nécessitèrent une intervention d'urgence. L'expectation prolongée n'est donc pas exempte de dangers.

Appendicite post-puerpérale à streptocoquss
(En collaboration avec M. Vignard).

Gazette des Hôpitaux, 7 février 1901.

Nous avons eu l'occasion d'observer une malade entrée dans le service de M. le professeur Poncet, pour y subir une appendicectomie à froid, l'appendicite ayant débuté chez cette femme trois semaines après un accouchement qui s'accompagna d'infection puerpérale légère. L'appendice était rempli d'un pus qui ne renfermait pas de coli-bacilles, mais seulement des streptocoques.

Les différents auteurs qui ont étudié les rapports de l'appendicite et de la grossesse n'ont pas eu l'attention appelée sur cette infection post-puerpérale possible de l'appendice. La voie suivie par les agents infectieux n'a pas dû être les lympathiques qui peuvent exister dans le ligament appendiculo-ovarien de Clado, ni des adhérences utéro-appendiculaires, mais probablement la voie sanguine, car l'appendice était complètement libre dans la cavité péritonéale ; les mauvaises conditions circulatoires amenées par la grossesse ont dû en faire un point faible de l'organisme sur lequel s'est fixée l'infection.

Traitement de l'appendicite aiguë par l'appendicectomie pratiquée dans les 24 premières heures.

Lyon Méd., 21 janv. 1906. (En collaboration avec M. le Dr Durand).

Ce travail repose sur deux cas opérés par M. Durand à la quinzième heure, et qui présentèrent des suites très simples.

Deux ordres de faits plaident en faveur d'une intervention aussi précoce. Au point de vue anatomo-pathologique, l'appendicite est le premier jour limitée à l'appendice. La perforation n'a pas eu le temps, ou vient seulement de se produire. Par contre, au bout de 24 heures, à la lésion appendiculaire, se sont surajoutées des lésions péritonéales.

En second lieu, il est impossible de porter le pronostic d'une appendicite qui commence, et l'abstention expose aux pires accidents.

Les faits d'ailleurs montrent que sur six malades, un meurt et trois doivent être opérés ultérieurement, après avoir encouru les dangers de l'expectation.

Les conclusions du dernier Congrès de Chirurgie allemand sont, au surplus, complètement favorables à cette façon d'agir. La mortalité, au premier jour, de 6 %, atteint 12 % dès le 2e jour. Elle est de 13 à 18 % dans les cas d'abcès collectés. Il est vrai qu'elle n'est que de 1 % pour les opérations à froid, mais il faut tenir compte des dangers que le malade a traversés pour arriver jusque là.

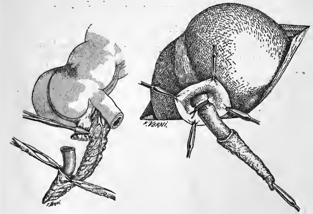
L'appendicectomie sous-séreuse (appendicectomie de Poncet)

Revue de Chirurgie, février 1907.

L'appendicectomie sous-séreuse fut décrite par le professeur Poncet et exécutée par lui pour la première fois le 24 avril 1899. Les travaux de ses élèves Delore, Piollet, Vignard, Poncin, permettent d'en établir d'une façon précise le manuel opératoire et les indications.

Ce procédé opératoire repose sur ce fait que, dans un appendice enflammé, il persiste toujours un plan de clivage entre la tunique musculaire et le revêtement séreux. Par suite, lorsqu'au cours d'une intervention, on tombe sur un appendice perdu dans des

adhérences, il est inutile de chercher à décoller celles-ci, au risque de blesser les anses intestinales ou les organes voisins. Il suffit de rechercher un point où l'appendice est libre, ou de repérer sa base en suivant les bandelettes longitudinales du cœcum. En ce point, on fait une incision circulaire jusqu'à la musculeuse et on décolle alors la séreuse de la musculeuse sucessivement sur le bout central et le bout phériphérique. L'organe entier sort de cette espèce de gaine comme une épée de son fourreau. Cette intervention ne s'accompagne d'aucune hémorrhagie.



Ce procédé opératoire est le seul qui permette d'enlever impunément un appendice au cours d'une appendicectomie à chaud. A froid, il atténue dans une proportion considérable l'aléa, les dangers possibles de l'ablation de l'appendice. Aussi est-il devenu déjà pour nombre de chirurgiens un procédé classique.

Des déchirures spontanées du mésentère au cours des hernies étranglées (En collaboration avec le Dr PATEL).

Arch, prov. de Chir., juin 1901.

A propos d'un cas observé dans le service du professeur Poncet.

Contusion de l'abdomen ; perforation de l'intestin ; entérectomie au 4e jour. Guérison.

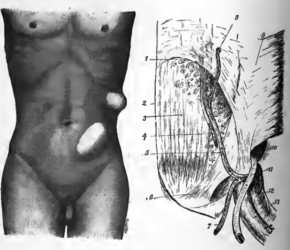
Soc. de Sc. Méd., 19 décembre 1906.

Présentation d'un malade opéré d'urgence, présentant une perforation de l'intestin et un de ces vastes abcès qui simulent la péritonite généralisée.

Les hernies spontanées du repli semi-lunaire de Spiegel
(En collaboration avec M. Cabourg).

Rev. de Chir., avril 1907.

En dehors des hernies qui se font sur les cicatrices des plaies accidentelles ou opératoires, il existe le long du repli semi-lunaire



de Spiegel, des hernies spontanées. Nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas, l'un qui s'accompagnait d'accidents d'étran-

glement et nécessitait une intervention d'urgence, l'autre chez une femme atteinte de hernie crurale étranglée.

Ces hernies apparaissent en un point situé à l'intersection du repli semi-lunaire de Spiegel et d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Il existe fréquemment en cet endroit, ainsi que nous l'ont montré des recherches cadavériques, un orifice par lequel s'échappe une branche de l'épigastrique. Cet orifice se distend et permet le passage de la hernie. Par ses dispositions anatomo-pathologiques, par son allure clinique, cette hernie est absolument superposable à la hernie ombilicale. Son diagnostic est souvent très difficile à faire, car les malades atteints sont ordinairement des femmes très grasses, et, pour un esprit non prévenu, l'affection peut passer inaperçue, être confondue par exemple avec une obstruction intestinale banale en cas d'étranglement.

Le traitement présente les mêmes indications opératoires que celui de la hernie ombilicale, et aussi les mêmes difficultés.

Telles sont les conclusions qui nous ont paru découler, non seulement de nos deux faits personnels, mais des observations antérieures (D. Mollière, Prof. Terrier, etc.).

Volvulus de l'S iliaque chez un vieillard (En collaboration avec M. Delore).

Gazette hebdomadaire, 24 décembre 1895.

Nous avons opéré ensemble un malade de quatre-vingt-deux ans, entré pour des accidents d'occlusion intestinale. En raison du tympanisme sous-ombilical localisé, on pouvait penser à une rupture de l'estomac avec abcès gazeux localisé ou à une occlusion intestinale par torsion du côlon transverse. L'intervention établit qu'il s'agissait d'un volvulus du côlon pelvien et l'autopsie, que nous pûmes pratiquer deux jours après, nous montra la lésion qui s'était partiellement reproduite.

Nous avons, à ce sujet, appelé à nouveau l'attention sur l'importance que présente, en pareil cas, le signe de von Wahl, c'est-à-dire le météorisme nettement localisé.

Vaste hématome rétro-péritonéal consécutif à une rupture du foie.

Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 23 février 1902.

La malade que nous avons opérée, 24 heures après un écrasement par roue de voiture, pour des phénomènes de péritonite, ne présentait, à l'opération, qu'une déchirure du bord tranchant du foie. L'autopsie, faite trois jours après, montra une déchirure du bord postérieur de cet organe et un vaste hématome qui s'étendait de là autour du rein pour descendre le long du psoas. Les reins étaient intacts. Les faits de cette nature paraissent rares et nous n'avons pas trouvé d'observation de ce genre.

Kystes hydatiques du foie chez l'enfant.

Soc. de Chir., 20 décembre 1906. (En collaboration avec M. Vignard.)

Présentation d'un cas personnel.

Gazette des Hôpitaux, 2 avril 1907. (En collaboration avec M. Barlatier.)

Etude du cas précédent et d'un cas nouveau, qui nous fut communiqué par le Dr Vignard, chirurgien des hôpitaux.

Nous avons recherché, à ce propos, les résultats de la marsupialisation et de la décortication chez l'enfant, et nous avons trouvé les résultats suivants :

Marsupialisation, 9 cas, 1 mort.

Décortication, 3 cas, 3 morts.

La marsupialisation, si elle n'est pas une opération idéale, paraît être encore chez l'enfant l'intervention de choix.

Résultat éloigné de laparotomie pratiquée il y a 11 ans et demi pour une péritonite tuberculeuse.

Soc. des Sc. Méd., 28 janv. 1903.

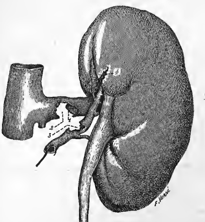
Présentation d'un malade dont l'observation figure dans la thèse de Beaussenat, 1892. Opéré sans anesthésie, in extremis,

c'est, à l'heure actuelle, un solide cultivateur, dont rien, dans l'habitus extérieur, ne fait penser à une atteinte antérieure de bacillose.

Plaies et ruptures du pédicule vasculaire du rein.

Gaz. des Hôp., 17 janvier 1907.

Le dessin ci-joint montre mieux que ne le ferait n'importe quelle description, l'hémisection de l'artère et de la veine rénales par balle de revolver, chez une jeune femme, pour laquelle nous avons dû intervenir d'urgence. Blessée à huit heures du matin, elle fut opérée à deux heures du soir, in extremis, et mourut dès le début de l'intervention. Elle présentait, outre sa lésion rénale, une perforation du foie près du bord libre.



Nous n'avons pas retrouvé d'observations analogues, mais simplement deux cas de rupture complète du pédicule vasculaire du rein (Baron, Morestin).

Les six heures qui se sont écoulées entre l'accident et la mort de la malade montrent la possibilité d'une intervention chirurgicale qui, en pareil cas, ne peut être qu'une néphrectomie.

Plaie de l'artère et de la veine rénale par balle de revolver.

Soc. des Sc. Méd., 28 décembre 1906.

Présentation de la pièce.

APPAREIL GÉNITO-URINARE DE L'HOMME

Epididymo-orchite tuberculeuse.

Société des Sciences Médicales, 23 juin 1897.

Présentation d'un cas d'épididymectomie avec orchidotomie exploratrice.

Orchi-épididymite tuberculeuse avec granulie du testicule.

Société de Médecine, 21 avril 1902.

Présentation de pièces.

Ponctions de la vessie chez un prostatique. Phlegmon prévésical. Mort.

Société des Sciences Médicales, 5 juillet 1899.

Cette observation est une nouvelle preuve des dangers de la ponction vésicale dans la rétention d'urine. Il s'agissait d'un cultivateur de 63 ans qui accusait, depuis un an, de la gêne de la miction, de la pollakiurie, puis de la fièvre urineuse. Les accidents de rétention dataient de quarante jours. Le malade urina par regorgement pendant vingt jours, puis fut ponctionné à son

domicile. Son état s'aggravant et le cathétérisme restant impossible, il fut cystotomisé à l'Hôtel-Dieu.

La cystotomie d'urgence n'empêcha pas l'évolution des accidents infectieux qui emportèrent le malade sept jours plus tard. Ces accidents consistaient en un phlegmon prévésical qui s'explique facilement si l'on songe que l'urine suintait constamment par l'orifice de ponction ; il occupait la cavité de Retzius et s'étendait avec elle jusqu'aux échancrures sciatiques.

Il y avait, en même temps, de la cystite et surtout de la néphrite ascendante, avec petits abcès dans le rein.

La prostate était hypertrophiée en totalité.

Nouvelles observations de cystotomie sus-pubienne pour accidents d'origine prostatique.

Gazette Hebdomadaire, 12 novembre 1899.

Au cours de l'année scolaire 1898-1900, nous avons recueilli quinze observations de cystotomie sus-pubienne pratiquée dans le service de M. le professeur Poncet pour des accidents d'origine prostatique.

Deux concernent des néoplasmes de la prostate. Le cathétérisme chez ces malades était difficile, la sonde à demeure, irritant mécaniquement la glande, hâtait l'évolution de la lésion. La cystostomie fut ici l'analogue de l'anus contre nature dans les tumeurs de l'intestin.

Les treize autres concernent des malades atteints d'hypertrophie prostatique.

Prostatectomie par voie tranvésicale.

(En collaboration avec le Dr Delorf).

Soc. des Sc. Méd., 21 février 1905.

Présentation d'un malade.

Un cas intéressant de cancer prostatique (forme abcédée, prostatectomie, autopsie au bout d'un an) (En collaboration avec M. Rochet).

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 15 février 1907.

Les suppurations apparentes ou latentes au cours de l'hypertrophie de la prostate sont, à l'heure actuelle, bien connues ; elles doivent être rares au cours des cancers de cet organe, puisque nous n'avons pu en rencontrer aucune autre observation dans la littérature. Le cas qui fut l'objet de ce travail concerne un homme de 61 ans, qui fut pris brusquement de rétention d'urine, et dut être sondé pendant trois semaines ; le malade avait parfois un peu de température ; la prostate était tendue, volumineuse, douloureuse à la pression. La persistance des accidents de rétention, des signes d'infection prostatique, firent décider une prostatectomie par la voie périnéale.

L'opération ayant montré que la prostate était transformée en une énorme poche purulente, avec une coque épaisse seulement de quelques millimètres, on n'enleva pas la paroi et l'on se contenta d'ouvrir la poche largement, les exemples d'Albarran et Saint-Cène ayant montré, qu'en pareil cas, le résultat était aussi bon que si la prostatectomie avait été faite.

Mais les troubles urinaires persistant, le malade fut prostatectomisé trois semaines après. L'examen histologique montra un épithélioma tubulaire de la prostate et non une simple hypertrophie.

Le malade est mort un an après de généralisation, avec récidive sur place insignifiante.

Enorme épithélioma sébacé du pénis.

Soc. des Sc. Méd., 15 juin 1904.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME

De la cystopexie.

Sem. Gynécologique, 14 juin 1898.
Th. de Bertucat, Lyon, 1900.

Les deux observations que nous avons rapportées proviennent du service du professeur Laroyenne. Nous avons recherché sur le cadavre la possibilité de fixer la vessie en suivant le manuel opératoire qu'il préconise pour l'hysteropexie. Nous avons insisté sur la simplicité de cette intervention et sur la facilité avec laquelle on évite l'accident le plus grave (perforation de la paroi vésicale) si l'on introduit dans la vessie, pour la soulever, non un gros hystéromètre ou une bougie de Hegar, mais, mieux, l'index qui permet de suivre la marche de l'aiguille ou des broches dans l'épaisseur de la paroi de la vessie.

La dilatation de l'urèthre que nécessite ce manuel opératoire est facile et inoffensive.

Les résultats apportés sont des résultats immédiats.

Les résulats éloignés et de nouvelles observations ont fait l'objet de la thèse de Bertucat.

Vitriolage du mont de Vénus. Brûlures profondes avec eschares de cette région. Brûlures superficielles des organes génitaux externes. Guérison (En collaboration avec M. Patel).

Arch. d'anthropologie criminelle, 15 mars 1901.

Il s'agit d'un cas de vitriolage très curieux par son siège et les recherches bibliographiques faites à ce sujet ne nous ont pas permis de retrouver d'observation analogue. La malade présentait une brûlure du mont de Vénus et de la face externe des grandes lèvres. L'évolution chirurgicale de la lésion fut des plus simples ; c'est son intérêt médico-légal qui nous a engagé à publier ce fait.

AFFECTIONS DES MEMBRES

Adénite extra-axillaire. Tuberculose infantile mutilante
(En collaboration avec M. Patell.)

Archives provinciales de Chirurgie, 1er avril 1901.

Cette observation concerne une malade du service de M. le professeur Poncet, entrée pour une masse fluctuante de la région thoracique, située entre le mamelon et l'aisselle, et que l'examen clinique et les constatations au cours de l'intervention permettent de considérer comme une adénite extra-axillaire suppurée. Cette malade présentait, en même temps, des mutilations des doigts dues à de la tuberculose infantile et dont la reproduction qui y fut jointe montrait bien la disposition. La multiplicité des lésions et surtout leur étendue donnent à ce cas un intérêt particulier.

Epithélioma développé aux dépens des téguments de l'avant-bras.

Soc. de Méd., 17 mars 1902.

Présentation d'une femme de 74 ans portant une ulcération de la largeur d'une pièce de 5 francs et limitée exactement aux téguments ; la longueur de son évolution, l'absence d'accidents antérieurs, l'échec du traitement spécifique firent rejeter l'idée d'une gomme, et rattacher cette lésion au groupe désigné parfois sous le nom d'*ulcus rodens*.

Désarticulation interscapulo-thoracique.

Soc. des Sc. Méd., 29 avril 1903.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer cette intervention chez un malade atteint de névrome du radial, qui avait subi successivement une ablation partielle de sa tumeur, puis une désarticulation. Une récidive dans les ganglions axillaires nécessita notre intervention qui eut, d'ailleurs, des suites extrêmement simples.

Fractures multiples du bassin.

Soc. des Sc. Méd., 11 février 1903.

Ce malade, chauffeur au P.-L.-M., chez lequel nous avions dû pratiquer une cystotomie pour une rupture complète de l'urèthre, et qui mourut de choc 48 heures après son accident, présentait une fracture des pubis, une fracture verticale du sacrum et une facture horizontale de l'aile iliaque. Ce type s'est retrouvé plusieurs fois à Lyon ; l'accident se produisait au même endroit, au dépôt des machines, toujours dans des conditions analogues, tenant à la disposition des lieux et à l'imprudence des chauffeurs pendant les manœuvres.

Fractures simples et limitées de la cavité cotyloïde.

Revue d'Orthopédie (1er mai 1904.

Recherches expérimentales sur les fractures limitées du fond de la cavité cotyloïde.

Revue de Chirurgie, février 1904.

Ces deux études ont pour point de départ deux observations de fracture limitée du fond de la cavité cotyloïde et recueillies dans le service de M. Poncet. Ces fractures, par leur symptomatologie, n'ont rien de commun avec les fractures du bassin ; elles ressemblent à une simple contusion de la hanche ou à une fracture du col. Elles sont caractérisées par la diminution de la distance qui sépare le trochanter de l'épine iliaque antéro-supérieure, la présence d'une ecchymose nummulaire et isolée au sommet des bourses. Par le palper abdominal, et surtout par le toucher rectal ou vaginal, on reconnaît l'existence d'un trait de fracture ou d'une saillie anormale vers le fond de la cavité cotyloïde. On les reproduit expérimentalement en frappant sur le gand trochanter, lorsque la jambe est en extension ; la substitution au fémur d'un fémur en buis rend l'expérimentation plus facile.

Si la jambe est en flexion, on obtient le type ci-dessous qui

reproduit celui décrit, il y a quelques années, par M. Walther.
Nous reproduisons ici ces deux genres de fractures.

Chez les enfants, on obtient une disjonction juxta-épiphysaire. D'un diagnostic délicat, nécessitant une radiographie, ces fractures ont d'ordinaire une évolution simple. Le repos au lit, l'extension continue, parfois la réduction de fragments saillants faits par le toucher rectal donnent une guérison assez rapide. Malheureusement il persiste souvent un certain degré d'arthrite qui assombrit le pronostic éloigné.

KONTOROWITCH. — *Contribution à l'étude des fractures du bassin. Fracture simple et limitée de la cavité cotyloïde.* Th. de Lyon, 1902, 1903.

Gomme syphilitique de la fesse.

Soc. des Sc. Méd., 19 juillet 1899.

Présentation d'un cas.

Fractures sus-condyliennes du fémur chez l'enfant.

Soc. de Chir., 22 décembre 1904. (En collaboration avec M. BÉRARD, chirurgien des hôpitaux).

Il s'agit de trois cas qui furent traités par la traction continue combinée à l'immobilisation du membre en extension. On obtint une guérison à peu près parfaite, bien qu'on eut à faire, à des titres divers, à des fractures particulièrement graves.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de neuf ans et demi, atteint de fracture fermée, et envoyé à l'hôpital quarante jours après l'accident ; le redressement fut possible sans anesthésie.

Le second malade était un enfant de quatre ans et demi, atteint de fracture pathologique, dans un foyer d'ostéomyélite chronique d'emblée ; il fallut d'abord drainer le foyer, retirer les séquestres. Les fragments furent coaptés sans suture.

Le troisième était un enfant de 12 ans, atteint d'écrasement du membre par la roue d'un camion ; il y eut fracture compliquée,, avec hydro-hémarthrose du genou. Désinfection de la plaie,

réduction sans anesthésie, drainage ; plus tard, autoplastie pour combler la perte de substance des ligaments. Guérison avec mouvements atteignant l'angle droit.

Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du genou.

Soc. des Sc. Méd., 12 juillet 1897.

Présentation de pièces intéressantes par l'intégrité du cartilage de revêtement articulaire qui contaste avec la diffusion des lésions autour de lui.

Ecrasement sous-cutané des vaisseaux fémoraux par contusion de la cuisse. — Gangrène du membre inférieur.

Bulletin Médical, 28 avril 1900.

Cette étude eut pour point de départ le cas d'un malade entré dans le service de M. le Professeur Poncet pour un traumatisme de la face interne de la cuisse avec plaie superficielle au-dessus du condyle interne, qui avait été suturée, puis infectée.

Le malade était entré pour une gangrène du pied qui était survenue quelques jours après et pour l'abcès développé sous la ligne de suture.

L'amputation de la cuisse fut pratiquée par M. le professeur agrégé Bérard. L'examen des pièces montra au creux poplité une déchirure incomplète de l'artère, oblitérée par un caillot sur une longueur d'un centimètre et une déchirure incomplète de la veine dont la lumière était restée perméable.

On ne pouvait donc incriminer, pour expliquer la gangrène, la compression des vaisseaux par un hématome, ni l'existence de lésions veineuses avec gène de la circulation en retour.

Il nous a semblé que l'infection avait joué ici un grand rôle. L'infection agit par ses toxines ou par ses embolies septiques sur un membre mal nourri et mal innervé. Or, on sait que, lorsque les microbes les plus divers sont suffisamment virulents ou agissent dans les tissus en état de moindre résistance, ils peuvent déterminer de la gangrène.

Nous avons appelé l'attention sur le soin qu'il faut apporter à

dépister ces phénomènes gangréneux, car on a toujours une tendance à les méconnaître et à porter un pronostic favorable, à cause de la bénignité apparents des lésions.

Au point de vue ds la thérapeutique, puisque l'infection favorise notablement le développement du sphacèle, il faudra, à tout prix, empêcher qu'elle se produise. De là, la nécessité, non pas ds bien drainer ces plaiss après les avoir suturées, mais de les panser à plat, ds ne pas faire de suture, car la chirurgis à ciel ouvert, s'impose dans le traitement des plaies infectées, et l'expérience clinique nous apprend chaque jour qu'il faut considérer comms infectée toute plaie accidentelle, qu'elle soit récente ou qu'elle date de quelques jours.

Cancer fémoral en cylindre. Ostéosarcome bipolaire diffus du fémur chez un adulte

Gazette des Hôpitaux, 23 avril 1901.

Cette tumeur, à évolution très maligne, rappelait par sa formo un cancer sous-périostique diffus du fémur gauche publié par M. Rollet en 1889.

Cette localisation rare, analogue à l'ostéomyélite bipolaire, sera peut-être intéressante le jour où nous connaîtrons la nature exacte des cancers.

Les myxolipomes de la cuisse (En collaboration avec M. Patel).

Gaz, des Hôpitaux, 22 juin 1901.

Sous le nom de myxolipomes de la cuisse, on groupe toute une série de tumeurs de cette région dans lesquelles on retrouve le tissu conjonctif avec toutes ses variétés : tissu adipeux, tissu fibreux, tissu muqueux ; ces tissus revêtent parfois leur forme embryonnaire, d'où la dégénérescence sarcomateuse fréquente de ces tumeurs.

D'une évolution lente, elles arrivent à acquérir un volume considérable, à s'infiltrer entre les muscles, d'où les difficultés et les dangers de leur extirpation. La plaie anfractueuse qui succède à l'opération s'infecte avec la plus grande facilité, d'où une mortalité jadis effrayante.

Les opérations sont souvent incomplètes, aussi la récidive est-elle fréquente.



Leur pronostic, en raison de toutes ces causes, reste réservé et l'on conçoit qu'elles demandent une intervention hâtive.

Ankylose du genou à angle droit à la suite d'une résection pour arthrite post-rubéolique. Ostéoclasie.

Revue d'Orthopédie, sept. 1902.

Le malade qui fut le point de départ de ce travail est un des nombreux exemples des soins prolongés à donner aux enfants chez lesquels on a pratiqué la résection du genou. La déviation

de son genou datait de 12 ans. L'ostéoclasie fut pratiquée chez lui de préférence à l'ostéotomie linéaire, parce qu'elle produit une fracture fermée, par suite un peu plus bénigne que la fracture ouverte qui suit l'ostéotomie. Nous en avons profité pour rappeler les avantages ds l'ostéoclasie en pareille occurrence, sur-



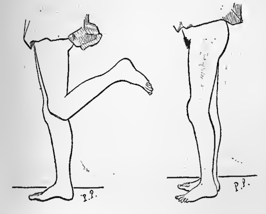


tout d'une ostéoclasie suivie d'un redressement progressif pour éviter des lésions vasculo-nerveuses. Nous n'avons opposé à l'ostéoclasie qus l'ostéotomie linéaire, les ankyloses à angle aigu n'étant, à notre avis, justiciables que d'une ostéotomie cunéiforme ou d'une résection.

Ankylose osseuse angulaire du genou gauche consécutive à une arthrite purulente d'origine puerpérale. — Arthroclasie. — Redressement lent.

Revue d'Orthopédie, 1er juillet 1903.

L'ankylose de cette malade datait de 18 mois et la photographie ci-jointe en montre le degré. Le redressement manuel échoua



complètement. Avant d'en arriver à une intervention sanglante, on tenta de faire une arthroclasie avec l'ostéoclaste de Robin, et l'on arriva, au bout de trois séances au résultat que montre notre second schéma.

Nous avons profité de la circonstance pour rappeler les avantages de l'arthroclasie et les précautions à prendre pour éviter certains accidents, en particulier la luxation du tibia en arrière, au cours des manœuvres de redressement.

Anévrysme artériel poplité ; gangrène du membre inférieur à évolution rapide ; amputation de cuisse.

Soc. des Sc. Méd., 25 mai 1904.

Présentation de pièces. L'amputation fut nécessitée par l'infection des caillots du sac anévrysmal.

Note sur deux cas de fibro-myomes de la peau.
(En collaboration avec M. ADENOT).

Arch. prov. de Chir., octobre 1903.

Les deux photographies que nous avons rapportées concernent deux tumeurs incluses dans la peau et mobiles avec elle, que l'examen microscopique montra être deux fibro-myomes. Leur histoire, leur évolution, l'acte opératoire qu'elles nécessitèrent furent d'ailleurs des plus classiques.

Soc. de Médecine, 17 mars 1902.

Présentation d'un de ces malades.

Elongation du sciatique poplité externe et résection du saphène externe pour un ulcère traumatique récidivant de la jambe droite à forme névralgique. — Guérison.

Gaz. des Hôpitaux, 4 février 1902.

Gangrène gazeuse bénigne du membre inférieur droit.

Gaz. des Hôpitaux, 6 avril 1901.

Après un écrasement du pied par roue de wagon, le malade que nous avons eu l'occasion d'opérer, dans le service de M. Poncet, présentait une gangrène aiguë du pied et une infiltration gazeuse remontant jusqu'à la hauteur de la cuisse ; il refusait

toute amputation. Les gaz et la sérosité furent évacués par de larges incisions, et le malade fut pansé à plat.

Plus tard, on fit une amputation du pied au 1/3 inférieur. La guérison doit être mise sur le compte de la mise à l'air des foyers atteints, des irrigations abondantes à l'eau oxygénée, et aussi de la faible virulence du microbe. Il offre, à cet égard, les mêmes variations que celui de la pustule maligne ; c'est ce qui explique que la multiplicité des moyens a pu être couronnée de succès.

De Kmaeon. — *De la gangrène gazeuse bénigne.* Thèse de Lyon 1901-1902.

Ectrodactylie des mains et des pieds.

Revue d'Orthopédie, 1907. (En collaboration avec M. Mouriquand).

Les déformations dites en pince de homard atteignent rarement, à la fois, les mains et les pieds. C'est à ce titre que nous en avons rapporté une observation nouvelle, plus complexe encore que les cas antérieurs de Roucayrol, de Jayle et Jarvis, etc. Ces lésions qui ne sont pas absolument symétriques consistent, pour les mains, en une absence des deuxième et troisième doigts, le métacarpien seul s'étant développé ; pour la main gauche, le troisième métacarpien présente une phalange qui, à la façon d'une jetée osseuse, vient s'articuler avec la base du quatrième doigt.

Les lésions des pieds consistent dans l'absence de ces mêmes doigts.

Notons que, chez ce malade, il n'existe aucune autre malformation (spina bifida, etc.), aucune affection chez les ascendants qui puisse expliquer le développement de ces lésions.

OBSTÉTRIQUE

Du mécanisme de l'engagement dans les bassins asymétriques.

Thèse de Lyon, 1898-1899.

Cette étude est basée sur les observations personnelles que nous avons pu recueillir dans le service de M. le professeur Fochier, sur celles que nous avons rassemblées dans la littérature médicale ou que nous devons à la bienveillance de nos maîtres dans les hôpitaux, sur les expériences enfin faites sur les bassins qui ont été mis à notre disposition par MM. les professeurs Fochier et Tripier.

C'est une étude de mécanisme. Nous avons donc passé très rapidement sur tout ce qui concernait l'étiologie et la pathogénie des bassins asymétriques. Nous n'avions, d'ailleurs, pas à suivre ici la division ordinaire en bassin de Nœgelé, bassin coxalgique, bassin de luxation congénitale, etc. Des causes différentes peuvent, en effet, déterminer des déformations analogues et l'asymétrie relève, en somme, de trois grandes causes : 1° arrêt de développement d'une moitié du bassin (d'origine inflammatoire ou congénitale) ; 2° torsion du sacrum autour de son axe vertical, de telle sorte que sa face antérieure regarde ordinairement le côté redressé ; 3° aplatissement d'une moitié du pelvis, par suite de la surcharge d'un des membres, l'autre ne supportant qu'une faible partie du poids du corps.

Il résulte de là une réduction qui porte ordinairement (trois fois sur cinq) sur des diamètres courts du bassin (sacro-cotyloïdienne et diamètre oblique). Une déformation analogue, mais trop faible pour être appréciée cliniquement, se rencontre d'ailleurs souvent sur les bassins dits symétriques, ainsi que l'avait déjà signalé M. Jaboulay ; plus récemment M. Commandeur, étudiant quatre-vingt-quatorze bassins, pris au hasard, la retrouvait dans les 2/3 des cas.

Si l'on suit, par la pensée, sur un bassin symétrique normal, le

développement progressif de l'asymétrie, on voit qu'au début l'asymétrie est tellement faible qu'elle passe inaperçue et que l'accouchement se fera suivant un des trois diamètres d'engagement (les deux obliques ou le transverse). L'asymétrie est-elle plus forte, la sacro-cotyloïdienne de ce côté devient inutilisable et l'engagement n'est possible que suivant l'oblique court ou le diamètre transverse.

La déformation augmente-t-elle encore, le diamètre transverse se raccourcit au point d'être inutilisable et il n'existe qu'un diamètre d'engagement, l'oblique court.

Lorsque l'asymétrie est très forte, le sinus du côté aplati est tellement étroit qu'il n'existe plus au point de vue fonctionnel et le bassin (Voir fig. 1 de notre thèse) se transforme en une aire circulaire dont un diamètre quelconque peut servir de diamètre d'engagement. Le nombre des diamètres est donc indéfini, c'est dire qu'ils sont tous aussi mauvais les uns que les autres.

Ces conclusions qu'a établies le raisonnement, nous avons cherché à les contrôler par des expériences et par l'examen des faits publiés antérieurement.

Dans nos expériences, nous n'avons pas non plus suivi la division ordinaire en bassin coxalgique, bassin de Nægelé, etc.

Lorsqu'on l'on étudie le mécanisme de l'engagement dans les bassins symétriques, on les divise en bassin normal, bassin aplati, bassin légèrement rétréci.

Les bassins asymétriques dérivant d'une de ces quatre catégories, il existera, à côté de chaque groupe symétrique, un groupe asymétrique et l'on a alors la classification suivante :

Bassin normal, bassin asymétrique simple (4 cas) ; bassin aplati, bassin asymétrique aplati (14 cas) ; bassin aplati et généralement rétréci, bassin asymétrique aplati et généralement rétréci (16 cas) ; bassin généralement rétréci, bassin asymétrique généralement rétréci (7 cas).

La conclusion fut la même pour tous ces bassins :

L'asymétrie faible est sans action ; l'asymétrie moyenne supprime l'oblique long ; l'asymétrie forte supprime l'oblique long et le transverse ; l'asymétrie très forte rend tous les diamètres équivalents, car le bassin devient circulaire. Mais, d'une façon générale, on voit que l'oblique court reste le diamètre de choix.

Ces conclusions sont confirmées par l'étude de soixante-quatorzs obssrvations que nous avons rapportées.

Après avoir rappelé les différentes opinions des accoucheurs sur ce sujet et montré leur diversité, nous nous sommes attaché à l'étude de la connaissance exacts de cette asymétrie : pelvimétrie intsrne et externe, sxamen du losange de Michaelis, etc., étude surtout radiographique du bassin, soit par la méthods de MM. Budin et Tarnisr, soit par celle ds MM. Fochier et Fabre.

Imp. P. LEGENDRE & Cie, rue Bellecordière, 14, Lyon.